

CASE REPORT

OLGU SUNUMU

DEV İNTERNAL KAROTİD ARTER ANEVİZMALI BİR OLGU

Dilcan Kotan*, Gözde Ünal, Saadet Sayan**, Pınar Polat***, Ayhan Bölük***

***Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, SAKARYA**

****Sakarya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, SAKARYA**

*****Koşuyolu Medipol Hastanesi Radyoloji Bölümü, İSTANBUL**

ÖZET

Çapı 2,5 cm den büyük olan anevrizmalar, dev anevrizma olarak sınıflandırılır ve bütün intrakranyal anevrizmaların yaklaşık %5-8'ini oluşturur. Dev intrakranyal anevrizmalar subaraknoid kanama, kitle etkisi, nöbet ve tromboemboli gibi bulgularla klinik gidiş gösterirler. Dev anevrizmalar sadece büyüklükleri ile değil aynı zamanda genellikle geniş ve kalsifiye olan boyunları, kranyal sinirlere yakınlıkları ve içerdikleri trombüs nedeniyle ciddi cerrahi güçlüklereden neden olur. Yavaş ilerleyici damar anormallikleri gösteren anterior intrakranyal dolaşımın dev anevrizmaları nadirdir, genellikle rüptür öncesi nörooftalmolojik semptomlar ile başvurur. Burada, kitle etkisiyle multipl kranyal sinirleri etkileyerek semptom veren, MR anjiyografi ile internal karotid arter intrakavernöz segmentinde dev anevrizması saptanan 77 yaşında kadın olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Dev anevrizma, subaraknoid kanama, MR anjiyografi.

A GIANT INTERNAL CAROTID ARTERY ANEURYSM: CASE REPORT

ABSTRACT

Aneurysms greater than 2.5 cm in diameter are classified as giant aneurysms and represent 5-8% of all intracranial aneurysms. Giant intracranial aneurysms demonstrates the clinical course with symptoms related to subarachnoid haemorrhage, mass effect, thromboembolism and seizures. Not only because of their large sizes, but also because of their usually wide and calcified aneurysm neck, existing thrombus within and its proximity to cranial nerves; giant aneurysms causes serious surgical difficulties. Giant aneurysms of the anterior intracranial circulation are rare, slowly progressive vascular abnormalities, often presenting with neuro-ophthalmological symptoms before they rupture. Herein, a case of 77-year-old woman with a giant aneurysm originated from intracavernous segment of internal carotid artery detected in magnetic resonance angiography who presented symptoms due to affected multiple cranial nerves related to mass effect.

Key Words: Giant aneurysm, subarachnoid haemorrhage, MR angiography.

GİRİŞ

Dev anevrizmalar çapı 2,5 cm den büyük olan anevrizmalardır ve intrakranyal anevrizmaların yaklaşık %5-8' ini oluşturur (1,2). Sakküler ve fuziform olarak iki tipi vardır. Daha sıklıkla sakküler tip görülür. Fuziform anevrizmalar ise oldukça nadirdir ve tüm intrakranyal anevrizmaların %1'ini oluşturur. Dev anevrizmaların intrakranyal lokalizasyonlarına göre görülme sıklıkları; % 21 internal karotis arterde, % 16 orta serebral arterde, % 12 anterior serebral ve anterior kominikan arterde, % 12 internal karotis arter distalinde, % 26' sında ise vertebrobaziller arterlerin değişik

yerleşimindedir. Genellikle geniş boyunlu olup sıklıkla tromboze olurlar. Anevrizma içerisindeki trombüs nedeniyle kanama riskinin az olduğu düşünülürse de, en sık neden oldukları semptom yine kanamadır (1,3). İntrakavernöz anevrizmalar, intrakranyal arteriyel anevrizmaların yaklaşık % 4.2-9' unu oluştururlar. İntrakranyal dev anevrizmaların ise % 9-25'i intrakavernöz dev anevrizmalardır (4).

Kavernöz anevrizmalarda semptomlar ya anevrizmanın komşu 3.,4.,5.' in 1. dalı, 6. kranyal sinirlere yaptığı kitle etkisine bağlı olarak yada rüptürü sonucunda ortaya çıkmaktadır. Daha az

Yazışma Adresi: Yard. Doç. Dr. Dilcan Kotan Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Adapazarı/Sakarya.

Tel: 0264 2956630

E-posta: dilcankotan@yahoo.com.tr

Geliş Tarihi: 03.09.2012

Kabul Tarihi: 27.12.2012

Received: 03.09.2012 **Accepted:** 27.12.2012

Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir: Kotan D, Ünal G, Sayar S, Polat P, Bölük A. Dev internal karotid arter anevrizmalı bir olgu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2013; 19 (3): 99-102. doi: 10.5505/tbdhd.2013.24008.

Kotan ve ark.

sıklıkta ise optik sinir ve trigeminal sinirin 2. ve 3. dalları etkilenebilir (5,6,7,8). Bu yazıda, kitle etkisiyle multipl kranyal sinir tutulumu yapmış internal karotid arter intrakavernöz segmentinde dev anevrizması olan bir olgu bildirilmiştir.

OLGU

77 yaşında kadın hasta yaklaşık beş gün öncesinden başlayan bulantı, başın sağ yarısında ağrı, sağ yüz yarısında uyuşma ve sağ göz kapağında düşme şikayetleriyle başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Nörolojik muayenede şuur açık, oryantasyon ve kooperasyon tam, sağda pupil seviyesinde pitoz, sağda midriyazis, sağda ışık refleksi zayıf, sağ gözde içe bakışta tam, yukarı ve aşağı bakışta ise hafif kısıtlılık (Resim 1), sağ yüz yarısında hipostezisi mevcuttu. Ense sertliği yoktu, göz dibi muayenesi normaldi, lateralizan bulgusu yoktu.



Resim 1. Sağ gözde pitoz, içe bakışta tam, yukarı ve aşağı bakışta ise hafif kısıtlılık.

Major nörolojik defisiti olmayan hasta WFNS (World Federation Neurosurgical Society) grade II olarak değerlendirildi. Öz geçmişinde hipertansiyon öyküsü tanımlamayan olgunun serviste takibi süresince yüksek seyreden kan basıncı, antihipertansif tedavi ile bir haftada kontrol altına alınabildi. Zaman zaman

baş ağrılarının olduğu öğrenildiğinde geriye dönüp bakılan bir yıl öncesinde çekilen BBT' de sağ kavernöz sinusun geniş izlendiği dikkati çekti (Resim 2).



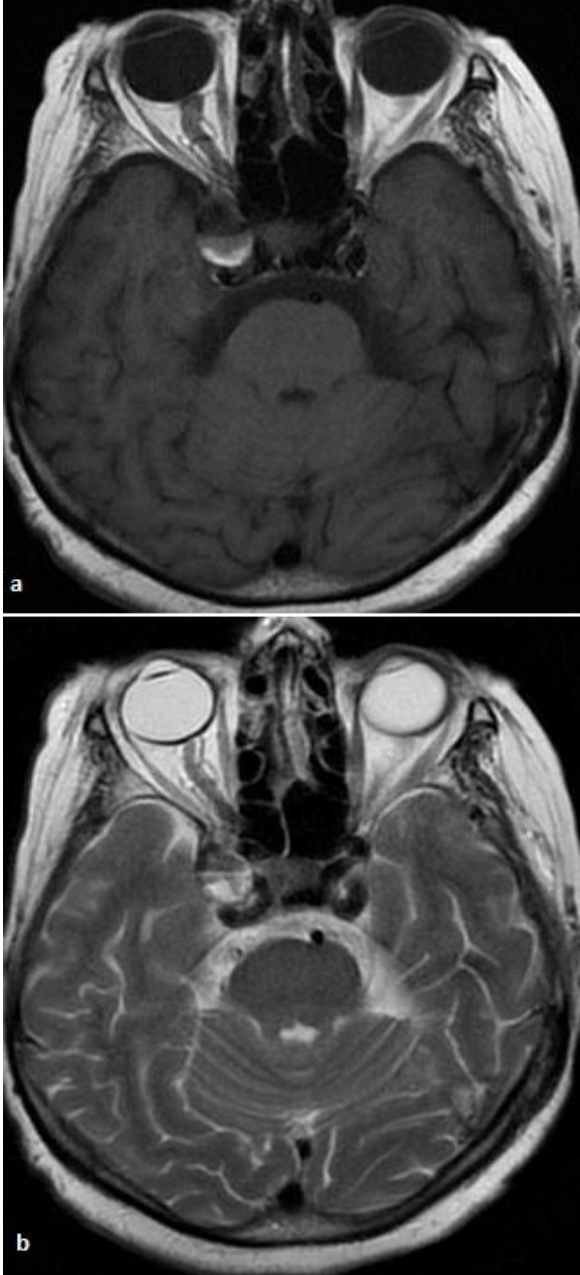
Resim 2. BBT'de sağ kavernöz sinüsde genişleme.

Başvurusunda çekilen kranyal MRI' da sağ internal karotid arter kavernöz parçasında heterojen intensite değişiklikleri, superior oftalmik fissur ve optik kanala, okulomotor ve trigeminal sinire bası yapan düzgün sınırlı lezyon alanı izlendi (Resim 3 a,b).

MR anjiyografide, sağda internal karotid arter kavernöz parçasında 14x17x25 mm boyutunda parsiyel tromboze sakkuler tipte dev anevrizma kesesi izlendi (Resim 4). Olgumuz internal karotid arterde dev anevrizma teşhisiyle uygun cerrahi tedavi için yönlendirildi. Ancak olgumuz yaşının ileri olmasını gerekçe gösterip müdahaleyi kabul etmedi. Tedavinin önemi ve müdahale edilmezse ciddi ve ölümcül subaraknoid kanama, ilerleyici nörolojik hasar ve nöbet riskleri anlatıldı. Baş ağrıları antienflamatuvar tedaviye kısmen cevap veren olgu medikal tedaviyle takibe alındı.

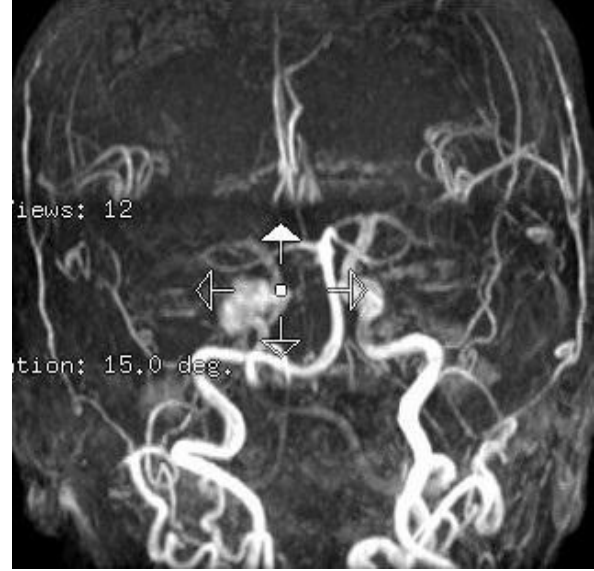
TARTIŞMA

Intrakavernöz anevrizmalar semptomsuz olabileceği gibi, nadiren spontan subaraknoid kanama, akut subdural hematom ve arteriyel epistaksis gibi hayatı tehdit eden



Resim 3 a, b. Kranyal MRI aksiyel T1 ve T2 kesitlerinde sağ internal karotid arter kavernöz parçasında heterojen intensite değişiklikleri, superiyor oftalmik fissur ve optik kanala, okulomotor ve trigeminal sinire bası yapan düzgün sınırlı lezyon görünümü.

komplikasyonlara yol açmaktadır (9). Bazen rüptüre olmadan önce nörooftalmolojik bulgular ile semptom verebilir (6,7). Bizim olgumuzda, dev



Resim 4. MR anjiyografide sağda internal karotid arter kavernöz parçasında 14x17x25 mm boyutunda parsiyel tromboze sakkuler tipte dev anevrizma kesesi.

anevrizmanın muhtemel kitle etkisine bağlı ani gelişen göz kapağında düşme, göz hareketlerinde kısıtlılık ve yüzde hipoestezi mevcuttu. Dev anevrizmalar en sık internal karotis arterin intrakavernöz kısmında görülür (10). Olgumuzda da anevrizma intrakavernöz segmente lokalize idi. Dev anevrizmalar genellikle kadınlarda görülür (K/E: 3/1). Genellikle 30-60 yaşları arasında semptom verir (2,11).

Olgumuz kadın olup literatürden farklı olarak daha geç yaşta tanı almıştır.

Semptomatik dev anevrizma olgularının yaklaşık %70 kadarı klinik bulgunun ortaya çıkmasından sonraki iki yıl içinde kaybedilirler (12). Asemptomatik, kanamamış dev anevrizmaların prognozları iyi bilinmemektedir. Dev intrakranyal anevrizmalar taşıdıkları yüksek morbidite ve mortalite nedeni ile mutlaka tedavi edilmelidir. Ancak müdahale sonrası morbidite mortalitenin yüksek olduğu bilinmektedir (4). Cerrahi morbidite ve mortalite değişik merkezler de farklı olarak bildirilmişse de I. ve II. derecedeki hastaların prognozunun daha iyi olduğu bilinmektedir. Yeni tekniklerin uygulamaya girmesiyle yüksek morbidite ve mortalite oranları azalmış olsada, infratentoryal ve kavernöz anevrizmalar için risk hala yüksektir (13,14).

Hunt-Hess modifikasyonuna göre grade II olan olgumuz için mortalite oranı %2-10 olarak değerlendirildi [orta şiddette başağrısı, ense sertliği yok, kranyal sinir paralizisi dışında nörolojik defisit yok] (15). Semptomların ortaya çıkmasından sonra endovasküler girişimin uygun olacağını düşündüğümüz olgumuz, mortalite ve morbidite riskleri hakkında bilgilendirilerek yönlendirildi, ancak herhangi bir girişimsel müdahaleyi kabul etmedi. Yüksek morbidite ve mortalite riskine rağmen semptomatik tedaviyle iki yıla yakın süredir takip ettiğimiz olgumuzda ek bir yakınma ve yeni nörolojik defisit gözlenmedi. Literatüre baktığımızda asemptomatik ya da tedaviyi reddeden olgu serilerine rastlamadık.

Sonuç olarak; bu sunumumuzda, nadir görülen ve kitle etkisiyle birden fazla kranyal sinir tutulumuyla ileri yaşta semptom veren dev intrakavernöz anevrizmanın uzun süre iyi gidişli olabileceği vurgulanmak istenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Barrow DL, Alleyne C. Natural history of giant intracranial aneurysms and indications for intervention. *Clin Neurosurg.* 1995;42:214-44.
2. Choi IS, David C. Giant intracranial aneurysms: development, clinical presentation and treatment. *Eur J Radiol.* 2003;46:178-94.
3. Anson JA: Epidemiology and natural history. In: Awad IA, Barrow DL. (ed), *Giant Intracranial Aneurysms.* AANS Pub. 23-33,1995.
4. Onuma T, Suzuki S: Surgical treatment of giant intracranial aneurysms. *J. Neurosurg.* 51:33-36, 1979.
5. Peerless SJ, Wallace MC, Drake CG, Giant intracranial aneurysms. In: Youmans JR, ed. *Neurological Surgery.* Philadelphia, Pa: WB Saunders; 3:1742-1763, 1990.
6. Date I, Asari S, Ohmoto T. Cerebral aneurysms causing visual symptoms: their features and surgical outcome. *Clin Neurol and Neurosurg.* 1998;100(4):259-67.
7. Purvin VA. Neuro-ophthalmic aspects of aneurysms. *Internat Ophthal Clin.* 2009;49(3):119-132.
8. van Rooij WJ, Sluzewski M. Unruptured large and giant carotid artery aneurysms presenting with cranial nerve palsy: comparison of clinical recovery after selective aneurysm coiling and therapeutic carotid artery occlusion. *AJNR Am J Neuroradiol* 2008; 29: 997-1002.
9. Rosset E, Albertini JN, Magnan PE, Ede B, Thomassin JM, Branchereau A. Surgical treatment of extracranial internal carotid artery aneurysms. *J Vasc Surg* 2000; 31:713-23.
10. Yasargil MG. Giant intracranial aneurysms. *Microneurosurgery.* Vol II. Yasargil MG (Ed), Georg Thime Verlag, Stuttgart, New York, 1984: 296-304.
11. Ausman JI, Diaz FG, Sadavisan B, Gonzales-Portillo M, Malik GM, Deopujari CE. Giant intracranial aneurysm surgery: the role of microvascular reconstruction. *Surg Neurol* 1990; 34:8-15.
12. El-Sabrou R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms. Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg*;31:702-712, 2000.
13. Sano H, Jain VK, Kato Y, Kamei Y, Asai T, Katada K, Kano T. Bilateral giant intracavernous aneurysms. Technique of unilateral operation. *Surg Neurol* 1988; 29:35-8.
14. Gewirtz RJ, Awad IA. Giant aneurysms of the anterior circle of willis: management outcome of open microsurgical treatment. *Surg Neurol* 1996; 45:409-21.
15. Hunt WE, Hess EM. Surgical risk as related to time of intervention to the repair of intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 1968; 28: 14.